

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 76

DE LA
DISSOCIATION DU RÉFLEXE ROTULIEN
ET DE LA
TRÉPIDATION PLANTAIRE
dans la fièvre typhoïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BEAUJEU

Né à Dunkerque (Nord), le 28 octobre 1874

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire



LYON
IMPRIMERIE A. BONNAVIAT

13, rue Sainte-Catherine, 13

1899

DE LA
DISSOCIATION DU RÉFLEXE ROTULIEN
ET DE LA TRÉPIDATION PLANTAIRE
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 76

DE LA
DISSOCIATION DU RÉFLEXE ROTULIEN
ET DE LA
TRÉPIDATION PLANTAIRE
dans la fièvre typhoïde

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1899

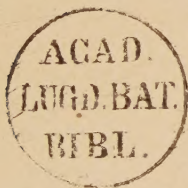
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BEAUJEU

Né à Dunkerque (Nord), le 28 octobre 1874

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire



LYON
IMPRIMERIE A. BONNAVIAT

13, rue Sainte-Catherine, 13

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale		POLLOSSON.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (A.), agr.
Botanique	BEAUVISAGE, agrégé.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVE-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.).	VALLAS.	PIC.	SAMBUCC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BARD, président; M. WEILL, assesseur;
MM. ROUX et PIC, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ces quelques pages
comme témoignage de ma
reconnaissance et de ma
profonde affection.*

Sur cette première page nous sommes heureux d'adresser nos hommages respectueux à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale, à nos professeurs de Lille et de Lyon, à nos maîtres des hôpitaux civils et militaires.

C'est à Monsieur le professeur agrégé Weill que nous devons le sujet de cette thèse. Nous le remercions sincèrement de l'obligeance qu'il a toujours montrée à notre égard. Qu'il permette à l'élève d'exprimer le vœu d'acquiescer, un jour, un peu de cet esprit clinique, large et original, qu'il apprécie tant chez son maître.

Monsieur le professeur Bard a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

Pendant notre séjour à Lyon, Monsieur et Madame Théliez nous ont réservé un bienveillant accueil que nous n'oublierons jamais.

Qu'ils nous permettent, avant de les quitter, de les assurer ici de notre inaltérable affection.

Merci à nos bons amis les docteurs Cochois et Lannou. Leur charmante intimité nous a soutenus aux jours de découragement et d'amertume. C'est à leur amitié que nous devons nos seuls moments heureux et nos heures de plaisir.

Merci enfin aux docteurs Dauthuille et Debève dont la bonne camaraderie, jamais troublée pendant trois ans d'école, est de celles qu'on n'oublie pas.

P. B.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

De l'exagération du réflexe rotulien et de la trépidation épileptoïde. — Leur coexistence n'est pas une règle absolue. — Exemples de dissociation dans la littérature médicale.

La trépidation épileptoïde ou clonus du pied, mentionnée pour la première fois en 1862, à la Salpêtrière, par Charcot et Vulpian, est aujourd'hui d'observation courante. D'abord exclusivement observée dans certaines maladies organiques du système nerveux, elle a été longtemps inséparable de la sclérose des cordons latéraux. Quelques années plus tard, Bourneville et Voulet, puis Charcot la provoquèrent dans l'hystérie. On l'a signalée, plus récemment encore, dans quelques affections locales périphériques, et dans certaines pyrexies comme la fièvre typhoïde, la rougeole et la tuberculose.

Bien qu'on recherche journellement en clinique, la trépidation plantaire, on est loin d'être fixé sur sa nature et sur son importance symptomatique. C'est une étude encore obscure à tous les points de vue.

Dans l'état actuel de la science, on attache générale-

ment au clonus du pied la même signification qu'à l'exagération des réflexes tendineux. On les considère comme deux symptômes de même ordre, ayant une origine commune et une valeur séméiologique identique.

« Aussi voyons-nous, dit Delom-Sorbé (1), tous les auteurs discuter longuement sur le réflexe rotulien et conclure par analogie pour la trépidation épileptique. Autant les travaux et les recherches sont nombreux au sujet du réflexe patellaire, autant sont rares les articles concernant le clonus du pied. »

On a vécu pendant longtemps avec l'idée que la dégénérescence du faisceau pyramidal constituait le substratum anatomique de l'exagération des réflexes, de la trépidation plantaire et des contractures. Mais une réaction n'a pas tardé à se faire contre cette manière de voir, longtemps restée classique.

Certains faits anatomo-cliniques, les cas de compression de la moelle avec paraplégie flasque par exemple, sont là pour nous montrer que la dégénérescence du faisceau pyramidal ne provoque pas fatalement l'exagération des réflexes tendineux.

On pensera toujours à chercher la trépidation plantaire, chaque fois que l'on aura constaté l'exagération du réflexe rotulien. C'est une vérité clinique dont nous nous garderons bien de contester la valeur.

Mais il n'est pas douteux que, dans bon nombre de cas, le clonus du pied peut exister chez des sujets dont le réflexe rotulien est normal, affaibli ou même complètement aboli.

(1) Delom-Sorbé : Th. de Bordeaux, 1885.

Ces faits sont peu connus, nous pouvons même ajouter qu'ils sont rares ; ils n'en sont pas moins en complète contradiction avec les idées généralement admises.

Si la plupart des observateurs ont été frappés de la concordance habituelle de la trépidation plantaire et de l'exagération du réflexe rotulien, au point de conclure à une complète analogie entre ces phénomènes ; quelques auteurs, pourtant, ont remarqué leur peu de ressemblance.

Erb reconnaît qu'il est assez difficile de s'expliquer pourquoi, dans un cas, il y a normalement une seule contraction, tandis que dans l'autre, on constate une série de secousses, à la suite de la même excitation.

Rendu insinué timidement que le phénomène du pied est un peu différent de celui du genou « quoique analogue dans son essence. »

Mais ils ne vont pas plus loin. Pour eux aussi, la loi est absolue : la trépidation plantaire et l'exagération du réflexe rotulien sont identiques et ont même signification.

De Fleury le premier, en 1884, sous l'inspiration du professeur Pitres, émet une opinion franchement contradictoire. Il soutient, dans une note publiée dans la « Revue de médecine », que l'on a eu tort de considérer le clonus du pied et l'exagération du réflexe patellaire comme deux phénomènes de même nature.

« Certains auteurs, dit-il, frappés de leur coïncidence habituelle, ont voulu les rattacher à une cause unique, la sclérose du faisceau pyramidal ou tout au moins à l'exagération morbide de la réflectivité spinale. C'est là, croyons-nous, une induction prématurée qui ne re-

pose pas sur la généralité des observations cliniques dans lesquelles on constate la trépidation épileptoïde. »

A l'appui de son opinion, De Fleury cite les faits suivants :

1° La trépidation dentaire peut évoluer chez des sujets dont les réflexes tendineux sont normaux, très affaiblis ou même abolis. Il a rencontré cette dissociation dans diverses affections chirurgicales de la jambe et du cou-de-pied, dans un cas de rhumatisme chronique, dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

2° Quand le clonus du pied et l'exagération du réflexe rotulien coexistent chez un même sujet, on peut expérimentalement faire disparaître l'un des deux phénomènes sans rien changer au caractère de l'autre.

Il applique la bande d'Esmareck à des malades atteints de dégénérescence du faisceau pyramidal, et provoque ainsi l'anémie artificielle des membres inférieurs. Au bout de quelques minutes, la trépidation est supprimée ; au contraire, le réflexe rotulien reste exagéré et ne subit aucune modification. Dès que la bande d'Esmareck est enlevée et que la circulation se rétablit, la trépidation plantaire se montre de nouveau. De cinq expériences analogues, toutes concordantes, De Fleury tire cette conclusion logique : les phénomènes du pied et du genou peuvent être habituellement contemporains, mais ils ne sont pas liés l'un à l'autre par un même rapport de causalité ou par une étiologie commune.

L'année suivante, en 1885, Delom-Sorbé de Bordeaux, reprend la même théorie. Il publie de nouvelles observations très probantes de dissociation du réflexe patellaire et de la trépidation épileptoïde. Pour lui, comme pour de

Fleury, il est vraisemblable que ce sont deux phénomènes de nature différente.

Sa thèse renferme à ce propos d'assez judicieuses réflexions.

Tout d'abord, les réflexes tendineux sont exagérés chez l'enfant à l'état normal : les recherches d'O. Berger, d'Eulenburg le démontrent. Or, on n'arrive jamais à provoquer chez eux la trépidation plantaire.

Le réflexe rotulien est un phénomène normal qui se rencontre chez la plupart des individus sains. Le clonus du pied, au contraire, n'apparaît pas à l'état physiologique ; Berger l'a rencontré seulement 3 fois sur 1400 sujets examinés à ce point de vue.

« Nous savons bien, dirons-nous avec Delom-Sorbé, qu'on a cherché à expliquer son absence à l'état normal par des empêchements matériels dus à la constitution anatomique de la région. A cela, nous répondrons que le pied n'est pas la seule partie du corps où l'on puisse observer la trépidation, et qu'à la rotule par exemple, la même explication ne pourra pas être donnée. »

Ce ne sont pas là les seules distinctions qu'on puisse faire. Le réflexe rotulien ne peut être provoqué que par l'excitation directe du tendon. Nous avons, au contraire, pour éveiller la trépidation, des procédés nombreux, qu'il est inutile de rappeler ici.

Tous ces faits, dans leur ensemble, ne conduisent-ils pas déjà à penser que le clonus du pied pourrait bien être différent du réflexe rotulien ? Mais cette idée s'impose, quand nous aurons montré l'absence de tout parallélisme entre les deux phénomènes, dans les cas les plus divers.

Oliver, en 1886, examine chez les épileptiques l'état des réflexes à la suite des accès, et fait part de ses recherches dans « l'Edinburg médic. Journ. » En règle générale, le réflexe patellaire est resté normal. Le phénomène du pied existe quelquefois mais sans relation d'intensité évidente avec le réflexe rotulien. Oliver n'a guère observé cette trépidation plantaire que 5 ou 6 minutes après l'attaque ; il l'a constatée aussi après des crises de petit mal.

Dans un travail récent (1896), Lenoble rapporte qu'au cours des anesthésies par l'éther, il a observé la trépidation épileptoïde chez un tiers des sujets. Elle apparaissait au début de l'éthérisation ou bien dans la narcose profonde. Examinant l'état contemporain des réflexes patellaires, il les a trouvés normaux dans la majorité des cas, affaiblis dans plusieurs observations.

Lenoble tire de ces recherches une conclusion logique : le symptôme *trépidation* est indépendant du symptôme *réflexe tendineux*. Dans une deuxième communication portant sur un total de 66 anesthésies, ce même auteur, en collaboration avec Angelesco, confirme ses premiers résultats. Ici encore, l'apparition du clonus du pied n'influença en rien l'état du réflexe patellaire.

Pour être complet, il nous reste à signaler l'article fort intéressant de MM. Devic et Roux, publié dans la « Province médicale » de 1896. Il s'agit d'un cas d'hémiplégie droite fonctionnelle avec manifestations méningitiques, abolition du réflexe rotulien, et trépidation épileptoïde marquée. Les auteurs reconnaissent, en discutant leur remarquable observation, qu'on est loin d'être

fixé sur la valeur qu'il faut attribuer à la trépidation épileptoïde et à l'exagération des réflexes.

Nous avons réuni, il nous semble, les matériaux suffisants pour nous permettre de nier l'analogie des phénomènes du pied et du genou. On ignore complètement les rapports qui unissent ces deux symptômes. S'il reste bien établi que, d'ordinaire, ils sont contemporains et parallèles, s'ils appartiennent souvent au même groupe symptomatique comme signes précurseurs de la contraction, il faut tenir grand compte des exceptions : la loi n'est pas absolue.

Notre intention n'est pas d'envisager d'une manière générale les rapports qui, dans les différents cas, unissent la trépidation épileptoïde à l'exagération des réflexes tendineux;

M. le professeur-agrégé Weill nous a fait entrevoir la question à propos de la fièvre typhoïde; nous ne sortirons pas du terrain où nous avons constaté avec lui la dissociation des deux phénomènes. C'est un problème fort obscur, dont on devine l'importance théorique avec toutes ses conséquences.

CHAPITRE PREMIER

Dissociation du réflexe rotulien et de la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde.

**Historique. — Observations de De Fleury,
Delom-Sorbé, Albouze, Renard.**

L'étude des réflexes dans la fièvre typhoïde n'est pas nouvelle. Strumpell le premier en 1879 fait remarquer que l'exagération des réflexes tendineux n'est pas spéciale aux affections du système nerveux. Il l'a rencontrée chez les phthisiques à état grave, plus souvent encore chez les typhiques. L'année suivante, Strauss fait à ce sujet dans son service quelques recherches, consignées dans la thèse de Petitclerc. Ollive reprend la question en 1881. Puis Ballet, en 1883, signale pour la première fois l'existence de la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde.

Il faut arriver jusqu'en 1881 pour trouver dans une note de Fleury (1), les premières observations de disso-

(1) Revue de médecine, 1884.

ciation des phénomènes du pied et du genre dans la dothiéntérie. Avant lui, Pluyaud avait consigné dans sa thèse (Paris, 1883) cette simple remarque : « Il est des cas de fièvre typhoïde assez nombreux, où les réflexes tendineux paraissent diminués. » Il existait toujours dans ces cas, à côté de la diminution du réflexe rotulien, un certain degré de trépidation épileptoïde. « Si ce n'est pas là, ajoute bien vite l'auteur, un signe de l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle, où faudra-t-il donc en chercher? »

Nous empruntons à De Fleury nos trois premiers exemples de dissociation des phénomènes du pied et du genou. Ils ont été observés par l'auteur dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION I

(« In Revue de médecine », 1884. Note de De Fleury ;
observation VI)

RÉSUMÉ. — *Convalescence de fièvre typhoïde, réflexes tendineux affaiblis, trépidation bilatérale légère.*

C... Marie, 17 ans, convalescente d'une fièvre typhoïde, est examinée le 15 juin 1883. Le réflexe rotulien est très difficile à provoquer ; après plusieurs tentatives infructueuses, on obtient une légère contraction du triceps, un peu plus accentuée à droite. La trépidation épileptoïde est facile à provoquer des deux côtés : les séries d'oscillations (8 à 10) sont de courte durée et s'épuisent promptement. L'intensité des phénomènes est sensiblement égale des deux côtés.

Pas de modification bien sensible les jours suivants.

La malade quitte l'hôpital le 26 juin. A cette date, les réflexes tendineux sont toujours très faibles, la trépidation est peut-être un peu plus difficile à provoquer.

OBSERVATION II

(In « Revue de médecine », 1884. Note de De Fleury ;
observation VII)

RÉSUMÉ. — *Convalescence de fièvre typhoïde : réflexes rotuliens très faibles, trépidation bilatérale de moyenne intensité.*

L..., 23 ans, entre en convalescence de fièvre typhoïde. Quand nous l'examinons pour la première fois, le 15 juin 1883, les réflexes rotuliens sont très faibles, lents à se produire, de peu d'amplitude. La trépidation est au contraire notable des deux côtés ; à droite notamment, on obtient facilement une vingtaine d'oscillations consécutives.

Pendant la semaine suivante, la malade est examinée tous les jours : nous observons une diminution lente mais progressive de la trépidation dans son intensité.

Le 28 juin, au moment de la sortie, cet affaiblissement est très accentué ; les réflexes tendineux ne se modifient pas.

OBSERVATION III

(In « Revue de médecine », 1884. Note de De Fleury ;
observation VIII)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde, abolition des réflexes tendineux, trépidation très accentuée.*

D., Jean, 27 ans. Examiné pour la première fois le

7 juillet 1883, au douzième jour d'une fièvre typhoïde. Les réflexes tendineux sont absolument abolis. Au 1^{er} mai, on obtient par contre une trépidation accentuée, aussi bien à gauche qu'à droite ; les oscillations sont indéfinies.

Pendant les trois jours suivants, même état de choses.

Le 11, l'intensité de la trépidation est moindre. Les trois ou quatre jours suivants, le phénomène varie d'intensité, sans que l'état général du malade présente des modifications sensibles. Pendant la convalescence, la trépidation persiste, bien moindre pourtant qu'au début.

Durant tout le cours de la maladie, les réflexes rotuliens étaient abolis, ils l'étaient encore le jour où le malade a quitté l'hôpital.

En 1885, un an après la communication de De Fleury, un autre élève de Pitres attire l'attention sur la fréquence du clonus du pied, au cours de la fièvre typhoïde. Il étudie les diverses affections où l'on observe la trépidation épileptoïde, examine comparativement l'état des réflexes tendineux, et émet des doutes sur l'identité des deux symptômes.

Nous relevons dans la thèse de M. Delom-Sorbé « De la trépidation épileptoïde provoquée » trois observations très nettes de dissociation des réflexes.

OBSERVATION IV

(Observ. XIII résumée : In thèse de Bordeaux, 1885,
Delom-Sorbé)

T..., 23 ans, entre à l'hôpital le 7 septembre 1885; il est atteint de fièvre typhoïde.

Nous l'examinons neuf jours après le début de la maladie.

Les réflexes tendineux du genou et du pied sont abolis. Lorsque nous relevons la plante du pied gauche, nous obtenons une superbe trépidation épileptoïde. Il en est de même à droite.

Le lendemain la trépidation persiste avec les mêmes caractères.

Pendant la convalescence, le clonus est encore nettement perçu, cependant son intensité est moindre.

OBSERVATION V

(Observ. XIV résumée : In thèse de Bordeaux, 1885,
Delom-Sorbé)

B..., 24 ans, entre à l'hôpital le 15 septembre. Il est malade depuis cinq jours. Une fièvre typhoïde est facilement diagnostiquée.

Le 22, nous examinons le malade. Les réflexes tendineux très diminués sont cependant perceptibles. Trépidation bilatérale des pieds qui persiste aussi longtemps que le pied est maintenu en flexion.

Le 4 octobre, la trépidation persiste encore aux deux pieds.

Le 12 octobre, on ne produit plus que cinq ou six oscillations.

A la sortie la trépidation a à peu près disparu.

OBSERVATION VI

(Observ. XV résumée : In thèse de Bordeaux, 1885,
Delom-Sorbé)

C... est atteint de fièvre typhoïde le 4 septembre 1885. Nous l'examinons le 20.

typhoïde rapportés dans cette étude, nous avons noté vingt et une fois une dissociation très nette des deux symptômes. Ces vingt et une observations que nous reproduisons *in extenso* sont malheureusement trop incomplètes pour servir de base à une étude.

OBSERVATION VII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. I.)

Rachel C..., 13 ans 1/2, entrée le 14 septembre 1887, sortie le 8 octobre.

Fièvre typhoïde : 58 bains, température ne dépasse pas 39°5, forme légère.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexes patulaires à peu près normaux, quelques secousses de trépidation plantaire.

2° Pendant la convalescence, la trépidation est la même, les réflexes tendineux sont exagérés.

OBSERVATION VIII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. III.)

Emilie T..., 5 ans, entre le 6 octobre 1887, sort le 22 novembre.

Fièvre typhoïde : 58 bains, température dépasse 40°8, forme d'intensité moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexes tendineux abolis, trépidation, quelques secousses.

2° Pendant la convalescence, réflexes tendineux plutôt exagérés, pas de trépidation.

OBSERVATION IX

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. VII)

Marguerite H..., 4 ans 1/2, entre le 22 décembre 1889, sort le 8 janvier.

Fièvre typhoïde : 14 bains, température ne dépasse pas 39°9, pas de forme légère.

Etat des réflexes. — 1° A la période aigüe, réflexes patellaires nuls, trépidation, cinq à six secousses.

2° Pendant la convalescence, apparition des réflexes, pas de trépidation.

OBSERVATION X

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XI)

Joséphine B..., 9 ans, entrée le 6 août 1887, sortie le 20 septembre.

Fièvre typhoïde : 74 bains, la température ne dépasse pas 40°, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aigüe, les réflexes rotuliens sont faibles, la trépidation plantaire très nette.

2° A la convalescence les réflexes sont nets.

OBSERVATION XI

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XIX)

Berthe V..., 10 ans 1/2, entrée le 28 novembre 1889, sortie le 15 décembre.

Fièvre typhoïde : 3 bains, température maxima 39°2, forme légère.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, les réflexes patellaires sont à peine sensibles, deux ou trois secousses de trépidation.

2° A la convalescence les réflexes sont un peu exagérés, pas de trépidation.

OBSERVATION XII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XXII)

Marie C..., 4 ans, entrée le 19 mars, sortie le 21 avril 1887.

Fièvre typhoïde : 37 bains, température maxima 40°, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexe rotulien normal, légère trépidation plantaire.

2° A la convalescence, réflexe rotulien très net, pas de trépidation.

OBSERVATION XIII

(Albuze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XXIII)

Marie B..., 14 ans 1/2, entrée le 14 août 1889, sortie le 21 août.

Fièvre typhoïde : 15 bains, température maxima 40°, forme adynamique.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexe patellaire aboli, légère trépidation plantaire.

2° A la convalescence, réflexes apparus, mais à peine sensibles.

OBSERVATION XIV

(Albouze : Thèse de Lyon, 1871, observ. XXV)

Eugénie T..., 7 ans, entrée le 14 septembre 1887, sortie le 26 octobre.

Fièvre typhoïde : 49 bains, le température ne dépasse pas 38°, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexe patellaire assez faible ; quelques secousses de trépidation.

2° A la convalescence, réflexes plutôt exagérés, pas de trépidation.

OBSERVATION XV

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XXVIII)

Emma Z..., 10 ans 1/2, entrée le 28 janvier, sortie le 27 mars 1889.

Fièvre typhoïde : 44 bains, la température oscille autour de 40° pendant 9 jours, forme assez grave avec rechute.

Etat des réflexes. — 1° Abolition des réflexes patellaires ; 8 à 10 secousses de trépidation.

2° A la convalescence, réflexes patellaires exagérées, pas de trépidation plantaire.

OBSERVATION XVI

(Albouze : Thèse de Lyon, 1871, observ. XXXIII)

Clémence D..., 12 ans, entrée le 17 juillet, sortie le 11 novembre.

Fièvre typhoïde : 107 bains, la température oscille entre 39 et 40°4., forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexes rotuliens très faibles, trépidation légère.

2° A la convalescence, réflexes rotuliens très marqués, trépidation très accusée à droite, très légère à gauche.

OBSERVATION XVII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1871, observ. XXXIX)

Benoîte D..., 10 ans, entrée le 15 septembre, sortie le 11 novembre 1887.

Fièvre typhoïde : 51 bains, la température oscille entre 39 et 40°, forme de moyenne intensité.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexes rotuliens très faibles, trépidation : deux ou trois secousses.

2° A la convalescence, même état des réflexes, plus de trépidation.

OBSERVATION XVIII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XLII)

Hélène S..., 4 ans, entrée le 13 janvier 1890, sortie le 22 mars.

Fièvre typhoïde : 24 bains, la température oscille entre 39 et 40° pendant 4 jours, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, pas de réflexe patellaire appréciable, deux ou trois secousses de trépidation.

2° Apparition des réflexes assez nets. Plus de trépidation.

OBSERVATION XIX

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XLIV)

Françoise B..., 13 ans, entrée le 17 juillet 1890, sortie le 24 août.

Fièvre typhoïde : 39 bains, la température oscille pendant 14 jours entre 40 et 41°, forme d'intensité moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë le réflexe rotulien est peu marqué, il existe quelques secousses de trépidation.

2° A la convalescence, réflexes exagérés, pas de trépidation plantaire.

OBSERVATION XX

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XLVIII)

Marie F..., 7 ans 1/2, entre le 20 novembre, sort le 30 décembre 1890.

Fièvre typhoïde : 62 bains, la température se maintient entre 40°5 et 41° pendant sept jours, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë le réflexe rotulien manque, il existe de la trépidation.

2° A la convalescence les réflexes existent, pas de trépidation.

OBSERVATION XXI

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LIII)

Marie-Louise L..., 9 ans, entrée le 4 novembre 1890, sortie le 7 décembre.

Fièvre typhoïde : 52 bains, température maxima, 40°8, forme moyenne.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë réflexe rotulien diminué, trépidation légère.

2° A la convalescence réflexes normaux, pas de trépidation.

OBSERVATION XXII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LXII)

Joséphine T..., 10 ans, entrée le 5 janvier, sortie le 29 janvier 1891.

Fièvre typhoïde : 24 bains, température maxima 40°5, une seule fois, forme légère.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, réflexe rotulien atténué à gauche, aboli à droite. Trépidation nette.

2° A la convalescence les réflexes existent, pas de trépidation.

OBSERVATION XXIII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891. Observ. LXXI)

Françoise B..., 8 ans, entrée le 5 septembre, sortie le 7 octobre.

Fièvre typhoïde : 76 bains, la température oscille 16 jours entre 39 et 40°, forme d'intensité moyenne.

Etat des réflexes. — 1° Réflexe rotulien nul. Trépidation nette.

2° A la convalescence, réflexes exagérées, pas de trépidation.

OBSERVATION XXIV

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LXXX)

Agathe G..., 13 ans, entrée le 4 janvier, sortie le 8 avril 1891.

Fièvre typhoïde : forme grave avec rechute, 200 bains, la température oscille 15 jours autour de 40°.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë le réflexe rotulien existe, mais affaibli, trépidation légère.

2° Même état de la trépidation, réflexes normaux.

OBSERVATION XXV

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LXXXI)

Blanche J..., 10 ans 1/2, entre le 7 novembre 1890, sort le 28 janvier 1891.

Fièvre typhoïde : forme grave compliquée de délire, de péritonite péricœcale, 97 bains, la température oscille pendant 17 jours autour de 40°, atteint 41°1.

Etat des réflexes. — Les réflexes ont été vus plusieurs fois pendant la période d'état.

La 1^{re} fois, nous avons trouvé les réflexes rotuliens un peu exagérés, sans trépidation plantaire.

La 2^{me} fois, les réflexes rotuliens étaient affaiblis, sans trépidation plantaire.

Au 3^{me} examen, quelques jours après, le réflexe patellaire était encore affaibli, mais il existait une trépidation légère plus marquée à droite qu'à gauche.

OBSERVATION XXVI

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LXXXV)

Pauline L..., 5 ans 1/2, entrée le 21 octobre, morte le 25 octobre 1891.

Fièvre typhoïde : forme grave, 23 bains, la température se maintient entre 40°5 et 41°3.

Etat des réflexes. — Les réflexes rotuliens existent à peine, il y a deux ou trois secousses de trépidation.

La veille de la mort, le réflexe patellaire est aboli, pas de trépidation.

OBSERVATION XXVII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. LXXXVII)

Marie B..., 6 ans, entrée le 12 octobre 1891, sortie le 11 novembre.

Fièvre typhoïde : forme grave, 49 bains, la température oscille pendant cinq jours entre 40 et 41°.

Etat des réflexes. — 1° A la période aiguë, le réflexe rotulien est peu marqué, légère trépidation plantaire.

2° A la convalescence, les réflexes sont exagérés.

OBSERVATION XXVIII

(Albouze : Thèse de Lyon, 1891, observ. XC)

Marie T..., 9 ans, entrée le 9 octobre, sortie le 12 novembre 1891.

Fièvre typhoïde : forme grave, 81 bains, la température s'élève pendant dix jours au-dessus de 40°.

Etat des réflexes : 1° A la période aiguë, le réflexe rotulien est à peu près nul, trois ou quatre secousses de trépidation plantaire.

2° A la convalescence, tous les réflexes sont exagérés, la trépidation est la même.

Enfin, en 1895, un élève de Bernheim, M. Renard, conclue dans sa thèse, qu'en général, dans la fièvre typhoïde comme dans les affections médullaires, l'exagération du réflexe rotulien et la trépidation épileptoïde se

montrent simultanément. Il reconnaît pourtant que dans un certain nombre de cas, ces deux symptômes apparaissent ou disparaissent indépendamment l'un de l'autre. Plusieurs fois le phénomène du genou est resté normal, alors qu'existait une trépidation plantaire manifeste. D'autres fois il a trouvé des réflexes rotuliens affaiblis, coexistant avec le clonus du pied.

L'exagération du réflexe patellaire se rencontre moins souvent dans la fièvre typhoïde que la trépidation épileptoïde : il l'a notée 27 fois seulement, et cette dernière 37 fois.

Nous empruntons à la thèse de Renard les 10 observations qui suivent ; la dissociation des phénomènes du pied et du genou y est très nette.

OBSERVATION XXIX

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. III.)

Guinard Emile, 24 ans, entré le 11 novembre 1893, au 13^e jour d'une fièvre typhoïde avec 40° de température.

Le 17 novembre commence une défervescence en lysis qui n'est complète que le 5 décembre, après avoir été entrecoupée de deux recrudescences de peu de durée.

Etat des réflexes : Le 16 novembre (18^e jour de la maladie) il existe des tremblements dans les mains, le phénomène du genou est normal ; le phénomène du pied existe légèrement des deux côtés.

Le 14 décembre, à sa sortie, au 46^e jour de la maladie, on constate le même état des réflexes ; phénomène du genou normal, légère trépidation bilatérale.

OBSERVATION XXX

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. IV)

Brabelin, 33 ans, entré le 20 décembre 1893, au 15^e jour d'une fièvre typhoïde.

Le 24 décembre commence la défervescence en lysis qui est complète le 27 décembre, 24^e jour de la maladie. Le 12 janvier, légère rechute d'une durée de 10 jours.

Etat des réflexes : A l'entrée les réflexes sont normaux.

Le 8 janvier, au 10^e jour de la convalescence, quatre jours avant la rechute, on trouve trois ou quatre trépidations aux pieds droit et gauche. Le phénomène du genou est normal.

Le 12 janvier (rechute) le phénomène du pied persiste, mais à peine appréciable.

Le 25 janvier, le jour de la sortie, le malade a des réflexes normaux, sans trépidation.

OBSERVATION XXXI

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. V)

Bonhomme F..., 19 ans, entré le 23 novembre 1893, au 7^e jour d'une fièvre typhoïde.

La température se maintient pendant 5 jours entre 39 et 40°, puis s'abaisse en lysis pour être normale le 10 décembre.

Etat des réflexes. — Le 1^{er} décembre le phénomène du genou est faible, celui du pied est très net à droite, moins net à gauche.

Le 6 décembre, la trépidation est plus faible.

Le 17 décembre, la trépidation a complètement disparu.

OBSERVATION XXXII

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. VI.)

Camus B., 18 ans, entré le 26 novembre 1893, au 10^e jour d'une fièvre typhoïde, avec 40°. La défervescence, commencée le 3 janvier en lysis, est complète le 13.

Etat des réflexes. — On constate le 9 janvier seulement l'apparition de deux ou trois trépidations légères du côté droit, rien à gauche.

Le phénomène du genou est normal.

Deux jours après, on ne constate plus le phénomène du pied, qui ne reparait plus, jusqu'à la sortie du malade, le 30 janvier 1894.

OBSERVATION XXXIII

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. XII.)

L. Denis, 21 ans, lingère, entre le 31 mars 1894, au 4^e jour d'une fièvre continue.

La température se maintient pendant 2 jours à 39°8, puis en 2 jours descend à 37°8 et devient normale, la maladie ayant duré 8 jours.

Etat des réflexes. — A l'entrée, le phénomène du genou est normal, le phénomène du pied existe, plus fort à droite qu'à gauche.

Le 7 avril (apyrexie), le phénomène du genou est toujours normal. La trépidation est beaucoup plus nette et prédomine encore à droite.

Jusqu'au 5 mai, jour de sortie, la température reste normale et le phénomène du pied persiste, offrant des trépidations, tantôt indéfinies, tantôt peu nombreuses.

OBSERVATION XXXIV

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. XXXI.)

P. François, 23 ans, entre le 15 janvier 1893 avec 40°4, au 3^e jour d'une fièvre typhoïde.

Le malade n'entre en convalescence que le 20 avril, 98^e jour de la maladie ; la défervescence ayant été continuellement entrecoupée de poussées de recrudescence. Forme grave. Pleurésie.

Etat des réflexes. — Le 22 février, les réflexes sont normaux, pas de trépidation plantaire.

Le 10 mars, le phénomène du genou est normal, il existe quelques trépidations légères au pied gauche seulement.

Le 19 mars, le phénomène du pied existe faiblement des côtés. Réflexes normaux.

Le 25 avril, plus de phénomène du pied. Le phénomène du genou est normal.

OBSERVATION XXXV

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. IX.)

Démeter A., rétameur, 15 ans, entre le 21 janvier 1894, pour une fièvre typhoïde au 9^e jour, avec 41°.

Dès le lendemain commence la défervescence en lysis qui est complète à partir du 1^{er} février, 19^e jour de la maladie.

Etat des réflexes. — A l'entrée le réflexe rotulien est normal, le phénomène du pied existe légèrement des deux côtés, mais plus fort à gauche qu'à droite.

Le 26 janvier, même état de choses ; mais la trépidation indéfinie à gauche ne consiste qu'en cinq ou six oscillations légères à droite.

Pendant la convalescence, nous trouvons :

Le 5 février, de la trépidation indéfinie aux deux pieds, le phénomène du genou est exagéré.

Même observation le 10 février.

Le 15 février, le phénomène du genou est toujours exagéré, mais il n'existe plus aux pieds que quelques légères trépidations.

OBSERVATION XXXVI

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. XIV.)

A..., 19 ans, domestique, entre le 19 avril 1894, au 8^e jour d'une fièvre typhoïde avec une température de 39°.

Etat des réflexes. — A l'entrée, réflexes normaux.

Le 21 avril, le phénomène du genou est normal, il existe quelques trépidations aux deux pieds.

Pendant la convalescence, le phénomène du genou est nettement exagéré, la trépidation plantaire persiste.

OBSERVATION XXXVII

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. XVII.)

M. Robert, 23 ans, femme de chambre, entrée le 17 juillet 1894, au 8^e jour d'une fièvre typhoïde.

Défervescence le 24 juillet, qui complète du 4 au 11 août est suivie d'une 1^{re} rechute de 10 jours, d'une 2^e de 4 jours, le 31 août.

La température ne redevient définitivement normale que le 4 septembre, 58^e jour de la maladie. D'ailleurs, pas de complications.

Etat des réflexes. — Le 19 juillet les réflexes sont normaux, pas de trépidation plantaire.

Le 24 juillet, le phénomène du genou est normal. Quelques trépidations au pied gauche seulement, rien au pied droit.

Le 31 juillet, le phénomène du genou est normal. Il existe de la trépidation plantaire bilatérale.

Le 10 août (apyrexie), pas de phénomène du pied.

A la sortie, pas de phénomène du pied.

Le phénomène du genou à peu près normal à droite est un peu exagéré à gauche.

La malade est rentrée de nouveau dans le service, 78 jours après le début de sa fièvre typhoïde, se plaignant de faiblesse générale. Les réflexes tendineux sont revenus à l'état normal.

OBSERVATION XXXVIII

(In Renard : Thèse de Nancy, 1894, observ. XXII.)

Eva Jacob, entre le 29 juillet 1894, au 8^e jour d'une fièvre typhoïde, avec 40°2.

La période d'état prend fin le 8 août et la défervescence n'est complète que le 23 août, au 33^e jour de la maladie.

Etat des réflexes. — Le 30 juillet, les réflexes sont normaux, pas de trépidation plantaire.

Le 10 août, les réflexes rotuliens sont normaux. Il existe quelques trépidations, plus nettes au pied gauche qu'au pied droit.

Le 28 août (apyrexie), le phénomène du pied a disparu. Le phénomène du genou est un peu exagéré des deux côtés.

A ces 38 observations que nous fournit la littérature médicale, nous joignons 13 observations inédites,

recueillies dans le service de M. le professeur agrégé Weill.

L'examen des réflexes a toujours été pratiqué avec soin, répété à plusieurs reprises, parfois même deux fois par jour, matin et soir. Leur état a été soigneusement consigné pendant tout le cours de la maladie, et souvent pendant la convalescence.

Les observations des auteurs étant très résumées et pour la plupart incomplètes, nous préférons baser notre discussion sur ces observations personnelles, malheureusement en petit nombre.

Nous nous sommes toujours contentés de l'exploration des phénomènes du genou et du pied. Plus spécialement recherchés en clinique, ce sont deux symptômes très facilement appréciables. Enfin, on les observe incontestablement plus souvent que les autres phénomènes du même ordre.

CHAPITRE II

DISCUSSION

De la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde. Observations inédites de dissociation.

Avant de démontrer une fois de plus par 13 observations personnelles, que la trépidation plantaire peut apparaître chez des sujets dont le réflexe rotulien est normal, faible ou même aboli, nous désirons mettre en relief un point important à notre avis. Il nous faut insister, croyons-nous, avant de discuter les faits, sur les moyens à employer pour la recherche de la trépidation plantaire.

Il résulte de nos recherches que le clonus du pied peut passer inaperçu si l'on n'emploie pas pour le provoquer certains procédés d'exploration.

La méthode couramment employée en clinique consiste à soulever le membre inférieur avec la main placée sous le jarret. Abandonnant la jambe à elle-même, on empoigne de l'autre main la pointe du pied qu'on relève brusquement en flexion.

Ce procédé classique nous semble insuffisant dans bien des cas. L'expérience nous a démontré que, par cette méthode, on n'arrivait pas à provoquer la moindre secousse, même en insistant, dans des cas où le clonus

du pied apparaissait du premier coup, en faisant usage d'autres moyens adjuvants.

Nous avons pu provoquer, par le procédé de Jendrassik, la trépidation plantaire qu'un premier examen rapide ne nous révélait pas. Chez bien des malades, M. le professeur agrégé Weill nous a fait apparaître quelques secousses de clonus, en percutant au préalable, à plusieurs reprises, le tendon rotulien. On dirait que cette excitation préalable réveille les centres réflexes. C'est un phénomène analogue aux faits d'épilepsie Jacksonienne où les irritations périphériques peuvent jouer le rôle de causes provocatrices des accès. Nous citerons à ce propos l'observation du malade que cite Ferré dans son livre « Les Epilepsies et les Epileptiques » ; chez cet individu la percussion répétée du tendon rotulien provoquait l'attaque convulsive.

A l'appui de notre dire, nous renvoyons aux observations XL, XLI, XLII, publiées plus loin ; nous y ajoutons les trois observations qui suivent, intéressantes à plus d'un titre.

OBSERVATION A

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

Manin, Marguerite, 7 ans 1/2, entre au huitième jour de sa maladie, avec une éruption de taches rosées, une température de 40° et une diarrhée abondante.

8 février 1898. — Elle présente des troubles nerveux notables, mais pas de délire.

Les réflexes, un peu brusques, paraissent à peine exa-

gérés. On ne peut obtenir de la trépidation plantaire, même après percussion répétée du tendon rotulien.

9 février. — Les réflexes sont notablement exagérés ; pas de trépidation au premier examen. Après la percussion répétée du tendon rotulien, on obtient une ébauche de trépidation plantaire.

14 février. — Exagération des réflexes. On ne peut provoquer la trépidation.

La température baisse. État général meilleur.

15 février. — Température normale ce matin. Même état des réflexes.

17 février. — Ce matin, après quelques tentatives de percussion du tendon rotulien, la trépidation plantaire finit par se manifester. Elle ne s'est produite que du côté gauche, côté percuté. A droite elle ne se produit pas d'abord, même en percutant le tendon rotulien ; grâce à des tentatives répétées, elle finit par apparaître, mais d'une façon incomplète.

19 février. — Il persiste une légère exagération des réflexes ; la trépidation a disparu. Depuis quelques jours, la malade a un caractère hargneux ; elle présente du subdélirium manifeste.

Jamais le délire ne s'était montré pendant la maladie.

OBSERVATION B

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

Sorlin, Françoise, 14 ans, entre au sixième jour de sa maladie avec des taches rosées, peu de diarrhée.

Examen de la malade (20 janvier). — La malade a l'air d'être un peu dans le vague ; elle est abattue, c'est un délire calme et tranquille. Elle marmotte un peu.

Les réflexes rotuliens sont à peine exagérés. Il n'existe pas de trépidation épileptoïde à proprement parler, mais trois ou quatre secousses du pied.

Si on percute plusieurs fois de suite le tendon rotulien de manière à avoir nettement ce réflexe, et qu'après on recherche la trépidation plantaire; on constate que le relèvement du pied détermine une ébauche de trépidation très nette. Le nombre des secousses est manifestement plus considérable que celui qu'on avait obtenu, avant de percuter le tendon rotulien.

22 janvier. — Exagération du réflexe patellaire. La trépidation plantaire est obtenue rapidement sans artifice. Il existe encore quelques troubles cérébraux.

5 février. — Même état des réflexes. On obtient toujours très facilement le clonus du pied.

10 février. — Les réflexes sont toujours exagérés; mais la trépidation a disparu. Avec la percussion répétée du tendon rotulien, on la fait reparaitre nettement.

La percussion du tendon d'un côté ne fait pas apparaître immédiatement la trépidation du côté opposé. Mais au bout de quelque temps, la trépidation se manifeste même de l'autre côté.

OBSERVATION C

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

Javelot Clarisse, 7 ans et demi, entre au quatrième jour d'une fièvre typhoïde, à début brusque par de la céphalée, de la constipation, des douleurs du ventre.

Le 14 mai, jour de l'entrée, la malade ne présente ni taches rosées, ni diarrhée. La rate est grosse. Température : 40°.

Pas de délire, pas de trépidation plantaire ; le réflexe rotulien est un peu diminué.

18 mai. — Les taches rosées ont apparu. Il y a de la diarrhée.

Les réflexes sont plus nets ; pas de trépidation plantaire.

20 mai. — La malade est plus abattue que les jours précédents, mais ne délire pas. Même état des réflexes.

21 mai. — Tendance prononcée à l'assoupissement, sub-delirium.

Le réflexe patellaire est exagéré ; pas de trépidation épileptoïde même après la percussion répétée du tendon rotulien.

24 mai. — Le réflexe rotulien est toujours exagéré ; pas de trépidation plantaire. Mais si nous provoquons un certain nombre de fois le réflexe patellaire, la trépidation apparaît du côté percuté seulement.

Cette nuit, la malade a déliré : elle voulait se lever prétendant qu'une voiture l'attendait dans la rue.

La diarrhée a cessé ; la température commence à baisser.

26 mai. — La malade commence à sauter des bains.

Elle se plaint en dormant, elle a parfois une expression bizarre, mais n'a plus cherché à sortir de son lit. La trépidation plantaire se produit après l'excitation préalable du tendon rotulien. Elle existe aussi bien du côté non percuté que de l'autre. Le phénomène du genou est plutôt exagéré.

28 mai. — On ne provoque plus la trépidation plantaire ; les réflexes tendineux sont normaux.

La température est normale.

La malade est sombre, taciturne ; elle pousse parfois des cris bizarres, sans motif.

31 mai. — *Réflexe rotulien normal.* La trépidation plantaire a réapparu après quelques secousses du tendon rotulien. L'état mental reste le même.

6 juin. — Réflexes normaux ; pas de trépidation plantaire.

Nous avons été frappés de la variabilité excessive de la trépidation plantaire dans le cours de la fièvre typhoïde : la plupart de nos observations en sont un témoignage. L'intensité du phénomène peut changer non seulement d'un jour à l'autre, mais encore du matin au soir, voir même pendant l'examen, à droite et à gauche. Aussi variable est sa durée d'existence. Tantôt, c'est un cas fréquent, le clonus du pied se manifeste pendant une longue période de la fièvre typhoïde ; il peut même persister pendant la convalescence, jusqu'à la sortie du malade. Tantôt, quelques-unes de nos observations en font foi, la trépidation épileptoïde n'a qu'une durée éphémère : elle se montre un, deux ou trois jours, pour ne plus reparaitre. Parfois enfin, elle est capricieuse à l'extrême : on la provoque pendant quelques jours très aisément. Puis le phénomène ne se reproduit pas pendant un certain temps, malgré tous les efforts pour le provoquer. Brusquement, on constate de nouveau le clonus à la première recherche (Obs. XLI). Nous rappelons, à ce propos, les cas de fièvre typhoïde à plusieurs poussées, où la trépidation existe dans l'une et manque dans l'autre (Obs. XLVII.)

Fait très important, il résulte de la discussion de nos observations que les phénomènes du pied et du genou n'apparaissent et ne disparaissent ensemble que dans la minorité des cas. Non seulement la trépidation plantaire n'est pas liée fatalement à l'exagération du réflexe rotulien, mais elle peut évoluer sans que celui-ci en subisse le moindre retentissement.

Nous n'avons jamais remarqué que l'apparition de la trépidation épileptoïde dans la dothiéntérie soit en rapport avec la température. Ce que pouvait faire supposer son existence dans d'autres grandes pyrexies, comme la rougeole ou la pneumonie.

Il suffit de se reporter aux observations où le clonus du pied fait sa première apparition pendant l'apyrexie, à celles où il persiste pendant la convalescence et à la sortie du malade.

Il n'est pas permis non plus de rattacher la trépidation plantaire au cycle ou à la forme de la dothiéntérie. Nous l'avons observée aussi bien dans les cas bénins que dans les cas graves ; nous l'avons vu apparaître à la période fébrile, pendant la convalescence, au cours d'une rechute.

A notre avis, le clonus du pied évolue pour son propre compte, dans la fièvre typhoïde. Il apparaît, persiste ou disparaît, au milieu des symptômes concomitants, sans subir aucune influence de leur part. Une seule coïncidence nous a frappés. C'est l'apparition fréquente de la trépidation plantaire dans le cours du délire. Une pareille remarque demande quelque développement, car elle est grosse de conséquences.

Les observations des auteurs, consignées au précédent chapitre, ne plaident pas en faveur de notre opinion ; mais, empressons-nous de le dire, elles n'en sont pas non plus la contre-partie. On y trouve noté assez régulièrement l'état des réflexes, mais la majeure partie du cortège symptomatologique a été passée sous silence.

Nous nous croyons donc autorisés à y passer un trait. Nous n'appuierons notre étude que sur des observations

personnelles, complètes, malheureusement trop peu nombreuses pour porter une conclusion ferme.

Nous trouvons dans 12 d'entre elles la coexistence de la trépidation plantaire avec des désordres intellectuels plus ou moins prononcés.

En examinant de plus près les observations en question, nous voyons dans 6 de ces cas, la trépidation se montrer pendant l'éclosion du délire. Dans un seul d'entre eux, le clonus disparaît en même temps que les phénomènes délirants ; dans les 5 autres, il persiste pendant la convalescence sans trouble intellectuel ou avec de la bizarrerie de caractère, du subdelirium.

Nous avons cité plus haut deux de ces observations (Obs. B—C) ; nous publions maintenant en détail les quatre observations auxquelles nous faisons allusion. On y remarquera en même temps une dissociation manifeste entre la trépidation plantaire et l'exagération du réflexe rotulien.

OBSERVATION XXXIX

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill.)

RÉSUMÉ. — *Dothiënenterie d'une durée de 23 jours. Entrée au 7^e jour. Début brusque, pas de diarrhée, taches rosées à l'entrée. Délire de satisfaction à la convalescence.*

Bélier Mariette, 13 ans, entre le 15 octobre 1895, salle Saint-Ferdinand, sort le 28 novembre de la même année.

Antécédents. — Rien à signaler.

Début brusque par de la céphalée il y a 6 jours, la malade

a ressenti une lassitude générale, mais n'a présenté ni diarrhée, ni épistaxis.

Etat actuel. — La malade est très abattue, mais ne délire pas.

La langue est sèche, le ventre peu ballonné, la rate est grosse, quelques taches sur l'abdomen.

Rien au cœur, ni au poumon. Pouls dicrote. Albumine dans les urines.

Les réflexes sont normaux, pas de trépidation plantaire.

20 octobre. — L'état général est assez bon. La température oscille autour de 39°. La malade est toujours très abattue, pas de délire. Réflexes rotuliens normaux.

23 octobre. — La température tend à baisser.

Aucun phénomène délirant. Réflexes normaux.

29 octobre. — La température est normale ce matin. La malade a un air de satisfaction bête qui touche au délire. Elle rit constamment. Réflexes normaux.

5 novembre. — Plus de diarrhée. Température subfébrile. La malade demande à manger. Elle a toujours cet air de satisfaction caractéristique. Pas de trépidation plantaire.

8 novembre. — La température est normale depuis le 5, avec quelques exacerbations.

La malade rit toujours sans motif.

Légère trépidation plantaire. Pas d'exagération des réflexes.

Depuis le 10 novembre, la température est complètement tombée. Le délire a disparu depuis le 14. Plus de diarrhée. La trépidation plantaire qu'on a pu provoquer pendant deux jours n'a plus jamais reparu. Les réflexes sont normaux à la sortie.

OBSERVATION XL

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill.)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde : durée 1 mois. Entrée au 10^e jour avec grosse rate, taches rosées, séroréaction positive, peu de diarrhée. Forme délirante. Trépidation plantaire.*

Piolet Claudia, 14 ans, entrée le 15 septembre 1898, salle Saint-Ferdinand, sortie le 2 novembre 1898.

Antécédents. — Père mort de la poitrine.

Deux frères morts, l'un de méningite à 3 ans, l'autre à 2 mois d'affection inconnue.

Rougeole à 5 ans.

Depuis 10 jours, la malade se plaint de mal de gorge, céphalalgie, diarrhée.

Etat actuel. — Langue sèche et pointue, ventre non ballonné, douloureux à la pression. Quatre ou cinq taches rosées, matité splénique de 8 centimètres, sibilances nombreuses dans les deux poumons.

Rien au cœur. Léger disque d'albumine.

Réaction de Widal positive.

Un peu de délire, pas de trépidation plantaire.

17 septembre. — Délire assez intense depuis hier soir. Réflexes rotuliens assez marqués, pas de trépidation plantaire.

20 septembre. — La température oscille autour de 40°. Le délire persiste, mais a bien diminué. Les réflexes rotuliens sont normaux. Pas de trépidation épileptoïde. La rate est grosse.

21 septembre. — La malade délire toujours très peu. Les réflexes sont normaux ; pas de trépidation épileptoïde. *La malade étant assise, on trouve une trépidation épileptoïde très nette.*

27 septembre. — La température baisse de plus en plus, le délire a disparu depuis plusieurs jours. Réflexes rotuliens normaux.

Avec la station assise, la manœuvre de Jendrassik, l'excitation préalable du tendon rotulien, on arrive à la trépidation plantaire nette.

OBSERVATION XLI

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill.)

RÉSUMÉ. — *Dothiëntérie. Durée 35 jours. Entrée au 8^e jour. Réaction de Widal positive. Taches rosées. Hypertrophie splénique. Otite. Délire. Hémorrhagie intestinale au 18^e jour. Forme grave.*

Durantin Jeanne, 10 ans, entrée le 18 juin 1898, salle Saint-Ferdinand, sortie le 31 juillet 1898.

Antécédents. — Père et mère bien portants. 3 enfants dont 2 morts, l'un à 1 mois, de convulsions, l'autre à 15 jours, de cholérine.

Rougeole à 18 mois. Coqueluche à 2 ans 1/2.

Malade depuis 2 semaines, elle souffrait de la tête, mais elle n'est alitée que depuis 8 jours. Elle présente depuis lors de l'abattement, une diarrhée légère (2 selles par jour).

Etat actuel. — Langue rôtie, ventre ballonné, pas de taches rosées nettes, matité splénique de 4 centimètres.

Rien au cœur. Sibilances disséminées dans les deux poumons, avec prédominance à gauche.

Seroréation de Widal positive. Pas d'albumine.

Abattement assez prononcé, les réflexes rotuliens sont exagérés. Trépidation épileptoïde.

20 juin. — Taches rosées nettes sur le ventre et dans la région lombaire. 4 selles séreuses par jour.

21 juin. — La malade a déliré cette nuit, elle veut se lever et sortir. La trépidation épileptoïde a disparu. Les réflexes patellaires sont diminués.

Rythme fœtal au cœur.

27 juin. — Le délire a beaucoup diminué, la température baisse. 4 ou 5 selles diarrhéiques par jour. La trépidation réapparaît après quelques efforts pour l'obtenir. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

29 juin. — Hier une selle sanglante, depuis deux autres selles noires, sanguinolentes.

Hier soir, quelques hallucinations.

4 juillet. — Depuis le 30, plus de selles sanglantes. La température remonte. La présence d'une otite est révélée par quelques gouttes de pus dans l'oreille.

Délire tranquille, *trépidation plantaire avec phénomène du genou normal*.

L'état général est médiocre.

8 juillet. — Le délire continue. La trépidation plantaire n'existe pas à la première recherche, mais on la provoque consécutivement à la percussion répétée du tendon rotulien. Réflexes rotuliens normaux.

15 juillet. — La température est normale, l'état général meilleur. La diarrhée a cessé avant-hier.

Toujours tendance à la trépidation plantaire. Après quelques essais répétés, après la percussion du tendon rotulien, on finit par l'obtenir. Diminution du réflexe patellaire.

La malade ne délire plus, mais a encore de la bizarrerie de caractère.

OBSERVATION XLII

(recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weil)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde terminée par la mort au bout de trois semaines. 92 bains. Taches rosées en petit nombre à*

*l'entrée. Délire : marmottement, de temps à autre impulsions.
Trépidation plantaire. A la fin, convulsions et raideurs.*

Saint-Cyr, Léonie, 13 ans 1/2, entrée le 8 janvier 1898, salle Saint-Ferdinand, morte le 22 janvier 1898.

Antécédents : Père et mère en bonne santé. Rougeole et scarlatine dans le jeune âge. Rhumatisme articulaire peu intense ; la malade n'en peut préciser la date.

Depuis le 1^{er} janvier, la malade ressent de la céphalalgie, des maux de reins. Elle a de la diarrhée depuis 2 ou 3 jours, sans qu'on lui ait donné de purgatif ; elle a de l'insomnie et divague.

Etat actuel : La malade est fort abattue, les narines sont pulvérulentes, la langue saburrale, un peu rouge à la pointe et sur les bords.

Le ventre est météorisé ; on provoque du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Plusieurs selles diarrhéiques par jour.

Taches rosées en petit nombre sur l'abdomen. La rate est grosse.

La malade tousse un peu. Quelques sibilances aux bases et au sommet droit ; pas de râles humides.

Cœur normal. Pouls : 138, nettement dicrote. La malade ne se plaint plus de céphalée ; mais elle a la sensation de chute, sans vertige, quand on la fait asseoir sur son lit.

Aux membres, il existe des soubresauts tendineux ; il n'y a jamais eu de carphologie. Le réflexe rotulien est normal, pas de trépidation plantaire. La température oscille autour de 40°. Albumine dans les urines.

9 janvier. — Mauvais état général. La diarrhée persiste. Dicrotisme accentué. Insomnie : la malade divague et parle de choses et d'autres quand on l'interroge. Température : 40°.

Les réflexes rotuliens sont exagérés ; on a une ébauche de trépidation plantaire.

Le soir : Température : 40°7. L'abattement est extrême. Le délire persiste. Le réflexe rotulien est exagéré, la trépidation épileptoïde très nette. Seroréaction de Widal très nette.

10 janvier. — Etat général analogue : persistance d'une température élevée et des phénomènes délirants. Les *réflexes rotuliens sont normaux* ; il existe 5 ou 6 secousses de trépidation plantaire.

Le soir : La température oscille autour de 40°. Le délire est un peu moindre : la malade semble mieux comprendre ce qu'on lui demande. Le réflexe rotulien est un peu brusque, mais ne paraît pas exagéré. Ebauche de trépidation plantaire.

11 janvier. — Délire moins violent. Diarrhée très abondante (10 selles). Le réflexe rotulien est exagéré. Trépidation plantaire manifeste et continue.

13 janvier. — Etat stationnaire. Même état des réflexes.

14 janvier. — Aggravation manifeste. Les réflexes sont exagérés et plus intenses à gauche. Température : 40°,4.

17 janvier. — Délire intense ; marmottement ; soubresauts des tendons. Il y a de la trépidation plantaire : celle-ci ne s'établit pas tout de suite ; elle est favorisée par la percussion du tendon rotulien.

Rythme fœtal.

20 janvier. — Même état : délire intense et continu, sans impulsion.

21 janvier. — Etat comateux : réflexes exagérés. Trépidation plantaire.

Nous voilà donc en présence de 6 cas où le clonus du pied s'est manifestement montré en plein délire. Dans les observations qui vont suivre, la trépidation plantaire

s'est bien accompagnée de phénomènes délirants, mais la concordance entre ces deux symptômes est moins nette.

Inutile de répéter que nous signalons seulement les observations de fièvre typhoïde, présentant le phénomène du pied, sans exagération des réflexes tendineux. Nous ne sortirons pas du sujet qui nous occupe.

On verra que dans 4 cas, la trépidation épileptoïde ne coexistait pas avec du délire vrai, mais avec un état semi-délirant, un caractère hargneux, de la mélancolie.

Dans 2 autres cas, le clonus du pied apparaît chez des malades ne présentant pas de troubles psychiques marqués. On note néanmoins un état d'abattement et d'indifférence anormal.

Nous renvoyons à l'observation A, déjà publiée plus haut, et nous rapportons ici le groupe des cinq observations auxquelles nous faisons allusion.

OBSERVATION XLIII

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde : deux poussées successives, la première de 20 jours, la seconde de 12 jours, séparées par un intervalle de 8 jours.*

1^{re} période : *R. de Widal au 7^e jour. Taches rosées au 7^e. Diarrhée intense. Au 10^e jour trépidation plantaire avec ou sans exagération des réflexes rotuliens.*

2^e période : *Retour des taches rosées, de la diarrhée, de la trépidation plantaire. État mélancolique prononcé.*

Tracolat Blanche, 7 ans, entrée le 5 octobre 1897, salle Saint-Ferdinand, sortie le 25 novembre 1897.

Antécédents. — Nuls.

Rougeole dans la première enfance.

Début de l'affection il y a un mois, par de la céphalée et des douleurs vagues.

État actuel. — Abdomen peu météorisé ; langue sèche. Pas de taches rosées. Pas de diarrhée.

Pas de matité splénique. Réflexes normaux. Rien au poumon ni au cœur ; pas d'albumine.

7 octobre. — Toujours pas de taches rosées. Réaction de Widal positive.

9 octobre. — Température élevée. Apparition de quelques taches rosées. Trois selles diarrhéiques. Réflexes normaux.

11 octobre. — Bruits du cœur sourds. Réflexes normaux.

14 octobre. — La température tend à baisser. *Pas de véritable exagération des réflexes rotuliens. Trépidation plantaire.*

21 octobre. — Température normale. Trépidation plantaire avec très légère exagération des réflexes.

25 octobre. — Réflexes normaux.

2 novembre. — La température remonte et oscille autour de 40°. Depuis le 30, retour de la diarrhée (cinq à six selles). Pas de taches rosées.

Réflexes rotuliens normaux. — *Tendance à la trépidation épileptoïde.* Pas de délire, mais céphalée violente.

3 novembre. — Réaction de Widal positive. Grand abattement. Même état des réflexes.

6 novembre. — Mauvais état général. La malade est abattue, grognon, mais ne délire pas. Nouvelle éruption de taches rosées, très abondante. Très faible exagération des réflexes et trépidation épileptoïde.

A la sortie, les *réflexes rotuliens* sont à peu près normaux. Toujours tendance à la trépidation plantaire. État général bon.

OBSERVATION XLIV

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde d'une durée de 50 jours. Entrée au 15^e jour. R. de Widal positive. État nerveux : tendance à la stupeur. Trépidation plantaire. Hémorrhagie intestinale.*

Coquard Jeanne-Marie, 11 ans et demi, entrée le 30 octobre 1897, salle Saint-Ferdinand, sortie le 22 décembre.

Antécédents. — Rien à signaler, sauf ce fait que la malade tousse au moindre refroidissement.

Début de l'affection actuelle il y a 15 jours par de la céphalée. L'enfant dormait constamment, au dire de la mère. Alitée depuis 14 jours ; elle a de la diarrhée depuis 8 jours.

État actuel. — La malade est un peu abattue, elle dort mal la nuit, mais n'a pas de délire. Température : 40.

La langue est saburrale. Pas de météorisme, 4 à 5 selles diarrhéiques par jour.

Râles sibilants et ronflants aux deux bases, surtout en arrière.

La rate est grosse ; pas d'albumine. Diminution du premier bruit : le poulx est dicrote. Réflexe rotulien un peu diminué.

2 novembre. — Pas de taches rosées. La diarrhée persiste. Le réflexe rotulien est affaibli ; toujours pas de trépidation plantaire.

5 novembre. — Selles sanglantes. La température baisse à 39°. L'enfant est très abattue.

6 novembre. — Plus de selles sanglantes depuis hier. La langue est humide, le ventre n'est pas ballonné ; le cœur est normal.

Les *réflexes rotuliens* sont normaux. On provoque après quelques tentatives de la *trépidation plantaire*.

7 novembre. — La R. de Widal est positive. Plus d'hémorrhagie intestinale depuis le 5, époque à laquelle on a suspendu les bains. La température remonte à 40° après avoir oscillé pendant 4 jours au-dessus de 39°. La malade présente une stupeur prononcée ; elle est grincheuse, indifférente à ce qui l'entoure. Pas de taches rosées.

Râles sonores disséminés dans toute la hauteur des deux poumons.

Réflexes rotuliens normaux. Il y a toujours tendance à la trépidation épileptoïde.

12 novembre. — La température baisse. Bon état général. La trépidation épileptoïde a disparu. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les taches rosées se manifestent pour la première fois le 26 novembre. La défervescence commence depuis le 28 novembre ; la trépidation n'a plus jamais reparu.

A la sortie, l'enfant est gracieuse, paraît avoir bon caractère, les réflexes sont normaux. Pendant toute la période fébrile, il y a eu de la bizarrerie, de la mélancolie, refus de répondre aux questions.

OBSERVATION XLV

(recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Dothiéntérie à forme moyenne. Durée : trois semaines. Réaction de Widal le 30^e jour. Peu de phénomènes nerveux. Trépidation plantaire sans exagération des réflexes rotuliens.*

Davy Benoîte, 9 ans, entrée le 18 septembre 1896, sortie le 4 novembre 1896.

Antécédents : nuls.

Rougeole il y a deux ans. Bonne santé habituelle.

Depuis le 11 septembre, elle ressentit de la céphalalgie, des douleurs dans l'abdomen accompagnées d'un grand abattement. Diarrhée et épistaxis depuis deux jours.

Etat actuel : La malade est dans un état de stupeur et d'abattement très marqué. Langue sèche, abdomen peu météorisé, diarrhée. Taches rosées en grand nombre sur le ventre, le dos, les cuisses. Pas de matité splénique appréciable. Rien au poumon, ni au cœur. Pas d'agitation, ni de délire. *Diminution très nette du réflexe rotulien, surtout à gauche. Un peu de trépidation plantaire.*

19 septembre. — La température oscille autour de 40°. Matité splénique de deux centimètres. Le pouls est régulier : 100 pulsations. Un peu de trépidation plantaire : la diminution du réflexe rotulien persiste.

25 septembre. — La température baisse progressivement. Plus de diarrhée. L'état général est bon : la malade dort.

Le réflexe rotulien est normal. La trépidation épileptoïde est très nette.

1^{er} octobre. — La température est normale. La langue est encore sèche, saburrale ; la rate est grosse. Réflexes rotuliens normaux ; la trépidation épileptoïde a disparu.

15 octobre. — Pas de trépidation épileptoïde. Réflexes normaux.

OBSERVATION XLVI

(recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill)

RÉSUMÉ : *Dothiënentérie. Entrée pour une rechute de quelques jours avec développement de taches rosées.*

Dubois Julie-Marie, 10 ans, entrée le 9 septembre 1896, sortie le 13 septembre 1896.

Antécédents : Père et mère en bonne santé. La mère a eu 4 enfants, dont 2 sont morts, l'un à 18 mois, l'autre à 3 ans, d'affections impossibles à déterminer.

Rougeole à 5 ans; coqueluche dans la première enfance.

Elle eut une fièvre typhoïde dans la courant du mois d'août; elle rentre à l'hôpital pour céphalée, douleurs abdominales et épistaxis, accompagnés d'abattement et de perte d'appétit.

Etat actuel : Langue suburrale. Ventre douloureux, mais non ballonné. Deux ou trois taches rosées. Constipation habituelle. Bruits sourds au cœur.

Quelques sibilances aux bases.

Température : 39°. Léger disque d'albumine.

Elle présente des phénomènes nerveux assez marqués : un grand abattement, de l'indifférence à ce qui l'entoure.

Elle est maussade, mais ne présente ni délire, ni insomnie.

Les *réflexes rotuliens* sont diminués; il y a de la *trépidation plantaire*.

12 septembre. — L'abdomen n'est plus douloureux. Un peu de diarrhée. Il existe des râles fins à la base des deux poumons.

Taches rosées nombreuses, dans le dos, sur le ventre. Réflexes rotuliens toujours affaiblis. La trépidation plantaire a disparu.

15 septembre. — La température est normale. Les taches rosées ont disparu. Pas de trépidation plantaire. Les réflexes rotuliens sont plus nets.

18 septembre, — Réflexes normaux.

OBSERVATION XLVII

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill.)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde ayant évolué en trois poussées suc-*

cessives. L'intervalle entre chaque poussée a été d'une huitaine de jours.

Réaction de Vidal positive. Etat semidelirant, caractère hargneux. Trépidation plantaire.

Berthout Marie, 8 ans, entre salle Saint-Ferdinand le 23 janvier 1898. Elle en sort le 29 avril 1898.

Antécédents. — Rien à signaler.

L'affection actuelle a débuté progressivement il y a un mois par de l'anorexie, une lassitude générale. Jamais de troubles intestinaux. Somnolence assez prononcée au dire du père ; au contraire des cauchemars, et de l'insomnie pendant la nuit.

Etat actuel. — L'enfant est pâle, abattue.

Rien à signaler du côté de l'abdomen, la rate n'est pas grosse, pas de diarrhée, pas de taches rosées.

Dyspnée légère, quelques râles dans les poumons.

Le cœur est faible, le 1^{er} bruit est sourd. Pouls : 132. Température : 40° Pas d'albumine.

L'enfant présente des secousses dans les bras. Les réflexes tendineux sont un peu brusques, mais ne sont pas exagérés. On obtient quelques secousses de trépidation plantaire.

25 janvier. — La malade est grincheuse, somnolente, ne veut pas se laisser examiner. Toujours pas de diarrhée.

Les réflexes rotuliens sont normaux. Il y a de la trépidation plantaire.

27 janvier. — La température atteint 40°.

La malade est toujours aussi grincheuse, aussi somnolente. On obtient beaucoup plus facilement la trépidation plantaire.

7 février. — La défervescence s'est faite le 29 janvier. Il s'est produit une 2^e poussée fébrile qui évolue avec quelques irrégularités depuis quelques jours. Aujourd'hui, état général meilleur, mais la malade est toujours grincheuse.

La trépidation plantaire persiste, les réflexes rotuliens sont exagérés.

17 février. — La température n'a pas cessé de monter, elle atteint aujourd'hui 40°9. Matité splénique nette. Douleurs dans le ventre, avec un peu de diarrhée. Pas de taches rosées. Même état des réflexes et de la trépidation.

23 février. — Réaction de Widal positive. Taches rosées sur les cuisses. La température commence à baisser, pas d'exagération des réflexes ni de trépidation plantaire.

9 mars. — Troisième poussée fébrile. Température atteint 40°. Pas de diarrhée ni de taches rosées. Rien aux réflexes.

16 mars. — La température descend progressivement. Malade toujours grognon. Réflexe rotulien normal, pas de trépidation plantaire.

20 mars. — Température normale. Rien aux réflexes.

Nous ajouterons, pour terminer ce chapitre, quatre observations qui semblent faire exception à la règle. On y signale l'existence de la trépidation plantaire, sans aucun désordre intellectuel, au cours de la maladie ou pendant la convalescence. Il est intéressant de noter que ce clonus du pied n'a été qu'éphémère, peu agréable, et n'a d'ailleurs plus jamais reparu dans la suite.

OBSERVATION XLVIII

(recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Dothièmentérie légère. Durée : 15 jours. Atteinte antérieure il y a un an.*

Engler Lucie, 12 ans 1/2, entrée le 24 août 1896, salle Saint-Ferdinand, sortie le 20 septembre 1896.

Antécédents : Père mort de maladie de cœur ; mère bien

portante, a eu 7 enfants dont 5 sont morts, l'un du croup à 6 mois, l'un mort-né, les trois autres d'affections inconnues.

Rougeole à 3 ans, scarlatine à 5 ans. Fièvre typhoïde, il y a un an.

Souffrante depuis le 15 août, époque à laquelle elle prit de la diarrhée ; quelques jours après, elle eut de la fièvre avec céphalalgie et délire nocturne. Elle ressentit en même temps de la lassitude dans les jambes et une grande faiblesse, qui l'obligèrent à s'aliter.

Etat actuel : La malade se plaint surtout de faiblesse dans les jambes ; elle est incapable de se tenir debout. L'examen direct des jambes révèle une parésie assez marquée des membres inférieurs, égale des deux côtés. Conservation de la sensibilité. Abolition du réflexe rotulien ; pas de trépidation.

Le ventre n'est pas ballonné ; quelques petites taches rosées sur l'abdomen. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque. Rien au cœur ni au poumon.

1^{er} septembre. — La température baisse. L'état général s'améliore. La parésie des membres inférieurs diminue. Le *réflexe rotulien* n'est plus aboli, il est encore *faible*. *Légers trépidation plantaire*. Aucun phénomène délirant.

10 septembre. — Température normalè. La malade se lève et mange. Plus trace de parésie. Réflexes normaux.

OBSERVATION XLIX

(recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Dothièmentérie entrée au 8^e jour. Diarrhée. Pas de taches rosées. Séro-diagnostic positif. Prédominance des phénomènes de bronchite. Trépidation épileptoïde.*

Morand Cécile, 8 ans, entrée le 30 septembre 1899, sortie le 14 novembre 1896.

Antécédents : Père rhumatisant. Mère bien portante, a 4 enfants vivants dont 1 rachitique. 1 enfant mort de tuberculose.

Rougéole à 3 ans. A 4 ans, ablation de masses ganglionnaires du cou.

Il y a 12 jours, apparition de toux, mouvement fébrile sans point de côté. Douleurs de ventre depuis 8 jours, sans diarrhée.

Etat actuel : A l'entrée, facies fébrile, langue sèche, rouge, vernissée sur les bords. 5 à 6 selles diarrhéiques par jour. Température 40°. Pouls 132. Les bruits du cœur sont sourds.

Dyspnée légère. Râles ronflants et sibilants aux deux bases. Matité au sommet droit, exagération des vibrations ; pas de souffle.

Pas de matité splénique.

Réflexes normaux.

5 octobre. — La température oscille entre 39° et 40°. Pas de taches rosées, ni d'hypertrophie splénique. Réaction de Vidal positive. Réflexes normaux.

9 octobre. — Les bruits du cœur sont faibles ; rythme foetal.

Les réflexes rotuliens existent marqués ; légère trépidation plantaire.

10 octobre. — Etat stationnaire. Mêmes signes aux poumons. Pas de taches rosées. 2 selles diarrhéiques par jour.

Matité splénique de 6 centimètres.

Trépidation plantaire légère. Pas d'exagération des réflexes.

13 octobre. — Etat stationnaire. La température atteint presque la normale. Plus de diarrhée. Un peu de trépidation plantaire, sans exagération des réflexes rotuliens.

14 octobre. — La température est normale. Pas de tré-

pidation plantaire. Les réflexes rotuliens sont normaux.
12 novembre. — A la sortie, l'état général est excellent.
Réflexes normaux, pas de trépidation épileptoïde.

OBSERVATION L

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrége Weill)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde d'une durée de 17 jours. Séro-diagnostic positif. Taches rosées tardives. Trépidation plantaire.*

Bailly Cécile, 14 ans, entrée le 3 décembre 1896, sortie le 29 décembre.

Antécédents. — Depuis 10 jours la mère et le frère sont atteints de fièvre typhoïde.

Rougeole dans son enfance. Pas d'autre maladie.

Il y a dix jours, elle ressentit pour la première fois de la céphalée, de la lassitude dans les jambes, des douleurs de mollet. Anorexie. Pas de diarrhée.

État actuel. — Bon aspect général, la malade est peu abattue. La température atteint 40°.

L'abdomen est souple, non douloureux. Pas de taches rosées. Constipation.

Rien au cœur; le pouls est à 120, un peu dicrote.

Rien au poumon. La rate est grosse. Pas de troubles nerveux: les réflexes rotuliens sont affaiblis; pas de trépidation plantaire.

14 décembre. — La zone de matité de la rate est énorme (9 centim.). Le serodiagnostic est positif. Le réflexe rotulien est toujours faible, pas de trépidation plantaire.

20 décembre. — Constipation. Quelques rares taches rosées, surtout dans le dos. La température baisse depuis quelques jours, elle est presque normale ce matin.

Le *réflexe rotulien* est normal. On provoque de la *trépidation plantaire*.

27 décembre. — Apoplexie. La matité de la rate est de 5 centimètres. Plus de taches rosées. Les réflexes rotuliens sont de nouveau diminués ; la trépidation plantaire a disparu.

29 décembre. — A la sortie, les réflexes rotuliens sont diminués. Pas de trépidation plantaire.

OBSERVATION LI

(Recueillie dans le service de M. le professeur
agrégé Weill)

RÉSUMÉ. — *Fièvre typhoïde à début brusque, entrée au 7^e jour. R. de Widal positive. Forme moyenne, ayant duré 21 jours. Guile.*

Leroussaud Émilie, 10 ans 1/2, entrée le 14 décembre 1896, sortie le 8 janvier 1897.

Antécédents. — Père mort de cirrhose alcoolique. Mère a eu 5 enfants, une fausse couche. Coqueluche et rougeole dans le bas-âge.

Le 7 décembre, la malade ressentit un malaise général, de la céphalée, des douleurs de ventre. Le lendemain s'ajoutent de la diarrhée et des bourdonnements d'oreilles.

Le 9 cet état s'aggrave, elle a du délire, des épistaxis ; ce qui décide l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

État actuel. — Abattement très marqué et somnolence.

Le ventre est légèrement ballonné ; cinq selles par jour en diarrhée. La rate est grosse.

Rien au cœur ni au poumon. Pouls dicrote. Pas d'albumine.

R. de Widal positive.

La malade ne délire pas. Les réflexes sont normaux. Pas de trépidation plantaire.

15 décembre. — Les taches rosées ont apparu et sont très accentuées. La zone de matité de la rate est de 7 centimètres. Température oscillant entre 39 et 40. Réflexes normaux.

21 décembre. — La malade tousse un peu. Elle ressent des douleurs dans l'oreille droite, mais il n'y a pas d'écoulement. La diarrhée diminue. Les réflexes sont normaux ; pas de trépidation plantaire.

22 décembre. — La température ne dépasse pas 38,5. Le pouls est régulier. 2 à 3 selles par jour.

Il y a une *tendance très nette à la trépidation épileptoïde. Réflexes rotuliens normaux.*

25 décembre. — La douleur de l'oreille a disparu. On n'arrive plus à provoquer la trépidation plantaire.

En résumé, nous avons remarqué surtout la trépidation plantaire dans le cours du délire ou chez les typhiques qui, sans délirer, présentaient à une période plus ou moins tardive, des troubles psychiques manifestes.

Une étude plus approfondie, portant sur un grand nombre de cas, permettra seulement d'affirmer la valeur de cette observation.

Il serait précieux, en clinique, d'avoir à pressentir par la constatation d'un clonus du pied persistant chez un malade, l'apparition de désordres intellectuels dans le cours de l'affection. Nous nous croyons autorisés d'ores et déjà à en faire, avec notre maître M. Weill, sinon un signe de certitude, du moins une marque de présomption.

Il nous paraît intéressant de rapprocher, en terminant, deux faits isolés jusqu'ici.

On est d'accord pour affirmer que la trépidation plantaire se rencontre *plus souvent*, dans la fièvre typhoïde, que l'exagération du réflexe rotulien. Ce qui est contraire à la règle.

On connaît, d'autre part, la fréquence des troubles intellectuels dans la dothiéntérie : ils sont d'observation si commune que Murchison a pu évaluer à 67 % les cas dans lesquels ils s'étaient montrés à un degré plus ou moins grand.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Interprétations des faits de dissociation des phénomènes du pied et du genou.

Hypothèse de l'origine corticale de la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde.

L'existence de la trépidation plantaire sans l'exagération concomitante du réflexe rotulien est donc aujourd'hui hors de doute.

Mais si nous passons de l'observation simple aux données pathogéniques, nous tombons en pleine hypothèse.

La plupart des auteurs qui ont signalé la dissociation des phénomènes du pied et du genou se gardent bien de l'expliquer. Difficile est l'interprétation de pareils faits.

Cherchons d'abord si les théories actuelles des phénomènes tendineux peuvent nous fournir une explication satisfaisante de la question en litige.

Il est généralement admis, du moins en France, que le signe du genou et la trépidation provoquée sont l'un et l'autre des phénomènes réflexes et, de plus, des réflexes spinaux. On les considère comme des symptômes de même ordre : tous deux ont pour origine les terminaisons

nerveuses aponévrotiques découvertes par Sachs entre le muscle et le tendon; mais ils ont chacun leur centre médullaire particulier. Le centre du réflexe rotulien résiderait dans le segment de la moelle correspondant à la 3^e racine lombaire, celui du clonus du pied dans un segment presque contigu au niveau de la 5^e racine lombaire.

La première hypothèse qui s'impose pour expliquer la dissociation de ces deux symptômes est très simple.

Il est facile de comprendre que la trépidation plantaire puisse exister sans l'exagération du réflexe rotulien, en limitant les phénomènes irritatifs au centre médullaire du clonus du pied, à l'exclusion du second. Nous pensons que cette explication est la bonne, dans un certain nombre de cas : c'est celle qu'il faut donner à plusieurs observations de De Fleury, de Delom-Sorbé, etc., où l'hyperexcitabilité réflexe est sous la dépendance d'une irritation périphérique.

Dans ces cas de lésion articulaire ou osseuse, il y a discordance entre le phénomène du pied et celui du genou, suivant que la lésion irrite les extrémités du crural ou du sciatique.

Mais cette interprétation nous paraît inadmissible dans tous les autres cas, dans la fièvre typhoïde particulièrement. Il faudrait supposer qu'il existe hypoexcitabilité dans un étage de la moelle, et hyperexcitabilité dans le segment voisin.

Une localisation aussi élective et aussi limitée du poison typhique sur l'axe gris spinal est invraisemblable; nous ne pouvons l'admettre un seul instant.

Il est formulé dans la thèse de Renard, dont nous avons cité ailleurs quelques observations, une opinion que nous ne devons pas passer sous silence.

A propos de ces cas de fièvre typhoïde où le réflexe patellaire est resté normal ou même affaibli, alors qu'existait la trépidation plantaire, il est d'avis qu'il s'agissait là d'un état physiologique du réflexe rotulien.

Le phénomène du genou, le fait est connu, est sujet à bien des variations suivant les individus, à l'état sain. Normalement, on le trouve tantôt fort, tantôt faible; on l'a même vu manquer totalement. Il est vrai que cette abolition physiologique du réflexe rotulien, d'après les recherches de Berger, d'Eulenburg, des Pélizoeus, etc., constitue une rareté.

Ne nous faut-il pas tenir compte également d'une seconde cause d'erreur? La difficulté d'obtenir la résolution musculaire complète, condition indispensable pour que le réflexe patellaire se manifeste.

Ne pourrait-il pas exister aussi, dans un certain nombre de cas, une névrite périphérique amenant la diminution ou l'abolition du phénomène du genou?

Ces objections ne sont pas sans valeur; mais nous estimons qu'elles ne répondent pas à la majorité des faits.

Il est inutile de renvoyer aux nombreuses observations où l'on ne peut trouver le moindre symptôme d'une lésion des nerfs périphériques. Bien plus, la présence d'une polynévrite serait-elle démontrée dans tous nos cas de dissociation des phénomènes du pied et du genou, qu'elle ne nous ferait pas faire un pas de plus dans leur interprétation. Puisque le neurone est disloqué, il

n'amène plus à la moelle l'excitation périphérique et aux muscles l'incitation spinale. Tout comme le réflexe rotulien, la trépidation plantaire n'a aucune raison d'être.

Le reproche plus sérieux d'un examen difficile, insuffisant ou trop hâtif ne peut nous être fait. Pour nos observations, tout au moins, nous sommes sûrs de l'état des réflexes, recherché avec tout le soin désirable.

Reste l'argument d'un affaiblissement physiologique, ou d'une abolition normale du réflexe rotulien. Nous croyons une pareille opinion insoutenable dans la plupart des cas ci-dessus relatés. Qu'on veuille bien jeter un coup d'œil sur les observations XXXIX, XLIX, LI, par exemple ; on y verra, coïncidant avec la trépidation épileptoïde, un réflexe rotulien normal pendant tout le cours de la maladie. De même, dans les observ. XLV, XLVI, XLVIII, le phénomène du pied coexiste avec un signe du tendon d'abord très faible, normal dans la suite ; dans les observ. XLIII, XLVII, il apparaît chez des individus à réflexe rotulien d'abord faible, puis exagéré, normal enfin à la convalescence.

Il nous faut chercher ailleurs l'interprétation des faits.

Jusqu'ici nous avons considéré les phénomènes du pied et du genou comme des réflexes spinaux, théorie toute française à laquelle il faut opposer l'opinion de l'École allemande. Westphal, Waller et d'autres encore n'admettent pas leur origine réflexe. La trépidation épileptoïde et le signe du tendon rotulien sont dus pour eux à une contraction *idiomusculaire*. L'excitation mécanique du muscle ou du tendon provoquerait directement

cette contraction, la moelle ayant le rôle accessoire de l'exagérer.

Pitres et ses élèves pour expliquer la discordance entre le clonus du pied et l'exagération du signe du tendon se rattachent en partie à la théorie allemande. Sans contester l'origine réflexe du phénomène du genou, ils veulent faire de la trépidation plantaire, un symptôme de nature toute différente.

« La production de la trépidation épileptoïde, écrit Delom-Sorbé dans sa thèse, nous semble due à l'excitation directe des muscles. L'action du système nerveux se bornerait à amener par action réflexe l'exagération du tonus musculaire. »

C'est aussi l'opinion de Gowers.

Cette hypothèse est séduisante, elle nous permet d'interpréter nos faits de dissociation, cependant nous ne nous y arrêterons pas.

A l'heure actuelle, l'origine réflexe des phénomènes tendineux est presque généralement reconnue. Il y a en sa faveur de fortes présomptions à la fois d'ordre expérimental et d'ordre clinique.

Burckhardt a mesuré le temps qui s'écoule entre l'excitation et la contraction et l'a trouvé plus long que pour une action directe. Erb a montré qu'en percutant un tendon rotulien, on produit parfois simultanément le phénomène du côté opposé : la moelle joue donc un rôle. Fürbinger et Schultze avaient déjà fait connaître, par des expériences sur le lapin, que les réflexes tendineux cessent quand la moelle est détruite. Tschieriew reprenant ces expériences localisa, dans la région lombaire, la portion de la moelle nécessaire à leur production.

Nous repoussons donc la théorie périphérique musculaire, pour faire de la trépidation plantaire, comme du signe du genou, des phénomènes *centraux*. Nous employons à dessein ce terme un peu vague. C'est qu'à notre avis, il existe à côté de la trépidation épileptoïde médullaire une trépidation d'origine cérébrale.

L'idée n'est pas nouvelle. A propos d'un cas d'hémiplégie droite fonctionnelle où existait concurremment à une abolition complète du réflexe patillaire, de la trépidation épileptoïde marquée, MM. Devic et Roux expriment dans la « Province médicale » (1896) cette façon de voir.

Personne ne contestera aujourd'hui qu'il existe à côté du réflexe spinal élémentaire, des réflexes plus compliqués. Leur centre de réflexion n'est pas la moelle : ils remontent par un long trajet jusqu'à l'écorce ou jusqu'aux noyaux gris de l'hémisphère.

La trépidation épileptoïde, nous l'accordons sans conteste, rentre d'ordinaire dans le groupe des réflexes spinaux. Mais nous en faisons dans certains cas un réflexe à long trajet, un réflexe cérébral. Dans la dothiéntérie par exemple, nous croyons à l'origine corticale de la trépidation plantaire.

Nos observations de dissociation des phénomènes du pied et du genou dans la fièvre typhoïde deviennent ainsi très faciles à interpréter.

L'écorce est irritée, cette hyperexcitabilité exagère la réflectivité cérébrale et produit le clonus du pied. On peut en même temps supposer une certaine inhibition des réflexes médullaires, du réflexe rotulien en particulier ; l'irritation corticale augmentant le pouvoir modé-

rateur qu'exercent sur la moelle les centres supérieurs.

A l'appui de cette hypothèse, il est plusieurs arguments dont on ne peut nier la valeur réelle. Nous citerons tout d'abord la fréquence des troubles cérébraux dans la fièvre typhoïde. La céphalalgie, l'abattement, l'indifférence y sont presque de règle ; l'obnubilation intellectuelle complète, le subdelirium, le délire ne sont pas rares au cours de la maladie ou pendant la convalescence.

Sans parler de ces dothiésentéries où les symptômes nerveux ont une prédominance telle que la pathologie les décrit sous le nom de formes nerveuses, on peut dire qu'à peu près toute fièvre typhoïde présente des symptômes cérébraux et spinaux à longue ou brève échéance.

L'extrême fréquence de la trépidation plantaire qui, contrairement à la règle, se montre plus fréquemment dans la dothiésentérie que l'exagération du réflexe rotulien, doit être rapprochée des faits précédents.

Par l'étude que nous en avons faite dans notre III^e chapitre, le clonus du pied nous a paru trop souvent lié aux troubles psychiques, pour ne pas penser à autre chose qu'à une simple coïncidence et au fait du hasard. Il n'est pas téméraire de rapprocher les deux phénomènes et d'y voir plutôt deux symptômes de même ordre, traduisant l'atteinte du cerveau. Nous limitons notre hypothèse à la fièvre typhoïde ; mais rien ne prouve qu'elle ne puisse être élargie.

Elle pourrait s'appliquer, nous semble-t-il, à bien des cas que nous signalons dans cette courte étude.

Nous avons surtout en vue ces observations où apparaît la trépidation plantaire sans que le réflexe rotulien

semble en subir le moindre retentissement ; les faits de Lenoble au cours des anesthésies par l'éther, ceux d'Olivier consécutivement aux attaques d'épilepsie, etc.

Pour donner plus de poids à cette hypothèse de l'origine corticale du clonus du pied, abstraction faite de son origine spinale indiscutable dans la majorité des cas, il y aurait encore bien des recherches à faire. Il serait intéressant par exemple de rechercher méthodiquement la trépidation plantaire dans toutes les affections irritatives de l'écorce. Mais cette étude nous entraînerait trop loin.

CONCLUSIONS

1. La trépidation épileptoïde coïncide fréquemment, mais *non fatalement* avec une exagération du réflexe rotulien. Leur dissociation s'observe en particulier dans la fièvre typhoïde.

2. Le clonus du pied se voit souvent chez les typhiques; l'époque de son apparition, son intensité, sa durée sont des plus variables.

3. Nous avons remarqué avec M. Weill qu'une percussion répétée du tendon rotulien semble favoriser l'apparition de la trépidation plantaire.

4. Nous avons trouvé assez souvent un clonus du pied persistant chez des typhiques qui déliraient ou qui, sans délire, présentaient dans la suite des désordres intellectuels notables.

5. Il n'est pas irrationnel d'admettre, à côté de l'origine spinale de la trépidation épileptoïde, une seconde origine *cérébrale*.

6. Dans un certain nombre de cas de fièvre typhoïde,

nous faisons du clonus du pied une manifestation d'ordre cérébral.

Cette hypothèse nous permet d'expliquer :

a) Les cas de dissociation des phénomènes du pied et du genou dans cette maladie:

b) La coexistence, fréquente chez les typhiques, de la trépidation épileptoïde et de phénomènes délirants.

VU : *le Président de la Thèse,*

BARD.

VU : *le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Gabriel COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOUZE. — (Thèse de Lyon, 1891). Etat des réflexes tendineux, dans la fièvre typhoïde chez les enfants, à la période aiguë et pendant la convalescence.
- BABINSKI. — Contractures organique et hystérique. (Société médicale des Hôpitaux, 1893).
- BALLET. — Note sur l'état de la réflectivité spéciale dans la fièvre typhoïde. (Progrès médical, 1881).
- DELOM-SORBÉ. — (Thèse de Bordeaux, 1885). De la trépidation épileptoïde provoquée.
- DEVIC et ROUX. — Province Médicale, 1897.
- FLEURY (de). — Note sur rapport de la trépidation épileptoïde avec l'exagération des réflexes. (Revue de Médecine, 1884).
- GRASSET. — Traité pratique des maladies du système nerveux.
- GUINON. — Gazette des Hôpitaux, 1888. (N° 103).
- JENDRASSIK. — Deutsch Archiv. f. klin. med., 1894.
- JOFFROY. — De la trépidation épileptoïde. (Archives de Physiologie, 1881).
- LENOBLE. — Nystagmus et épilepsie spinale. (Archives générales de Médecine, 1896.)
- MAYET. — Traité de pathologie générale.
- MARINESCO. — Sur les paraplégies flasques par compression de la moelle. (Semaine Médicale, 1898).
- OLIVER. — Edinburg medic., journ., 1886.
- OLLIVE. — Du réflexe tendineux. (Revue de Médecine, 1881).
- PERRET et DEVIC. — Province Médicale, 1890.
- PETITCLERC. — (Thèse de Paris, 1880). Des réflexes tendineux.
- PLUYAUD. — (Thèse de Paris, 1883). Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde.
- PRÉVOST J.-B. — Revue Médicale de la Suisse romande. (Genève 1881).
- RENARD. — (Thèse de Nancy, 1895). De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde.
- SHARKEY. — The diagnostic value of reflexes (The Lancet, 1889).
-

